

## Modifications des modalités de remboursement entrant en vigueur au 1er mai 2024

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre I à partir du 1er mai 2024 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-72	4789855	ABILIFY 30 mg (Exim Pharma) 28 comp	R	64,18	64,18	12,10	8,00
B-135	1464015 (*)	ACICLOVIR EG 200 COMP 25	G	11,63	11,63	2,12	1,27
B-135	1464049 (*)	ACICLOVIR EG 800 COMP 35X800MG	G	19,18	19,18	4,67	2,80
B-135	889071 (*)	ACICLOVIR GSK COMP 25X200MG	R	12,00	12,00	2,25	1,35
B-135	458133 (*)	ACICLOVIR GSK COMP 35X800MG	R	19,98	19,98	4,94	2,96
B-135	1003607 (*)	ACICLOVIR GSK SUSP 100ML 400MG/5ML	R	18,77	18,77	4,53	2,72
A-110	4495115 (*)	SITAGLIPTIN METFORMIN SAND. 50/ 850MG COMP 196	G	47,64	47,64	0,00	0,00
A-110	4495123 (*)	SITAGLIPTIN METFORMIN SAND. 50/1000MG COMP 196	G	42,96	42,96	0,00	0,00
A-91	4493904 (*)	SITAGLIPTIN SANDOZ 25MG COMP 98	G	29,30	29,30	0,00	0,00
A-91	4493888 (*)	SITAGLIPTIN SANDOZ 50MG COMP 98	G	25,21	25,21	0,00	0,00
A-91	4493896 (*)	SITAGLIPTIN SANDOZ 100MG COMP 98	G	42,15	42,15	0,00	0,00
B-21	4625901	TRIPLIXAM 10MG/2,50MG/10MG ORIFARM COMP 90 PIP	R	61,28	61,28	15,00	9,00
B-21	4625919	TRIPLIXAM 10MG/2,50MG/5MG ORIFARM COMP 90 PIP	R	49,76	49,76	12,45	7,39

(\*) Supprimés du chapitre IV

### ACICLOVIR : modifications critères de remboursement

L'INAMI nous a confirmé la suppression des § 510100, 510201, 510202 et 510203, il n'y aura donc plus de spécialités à base d'ACICLOVIR remboursable en catégorie A à partir du 1<sup>er</sup> mai prochain.

**Traitement de l'ostéoporose:** modifications des modalités de remboursement pour les spécialités à base d'**acide Zolédronique et de Denosumab**.

Voir communication INAMI à ce sujet :

<https://www.ughoc.com/files/uploads/2024/04/Communication-OSTEOPOROSE -FR-2024-modifications-01-05-2024.pdf>

La spécialité suivante est remboursable au chapitre II (contrôle à posteriori) à partir du 1<sup>er</sup> mai 2024 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-48	4819595	PANTOMED 40 mg (Orifarm) 56 comp	G	19,39	19,39	4,74	2,84

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre IV, moyennant autorisation du médecin conseil à durée limitée – **type type 'e'** (code 'E' dans le Tarif) à partir du 1er mai 2024 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-230 (*)	4426680	ACIDE ZOLEDRON.AL.T. 5MG/100ML SOL INF POCHE 100ML		158,93	158,93	12,10	8,00
B-230 (*)	4132213	ACLASTA 5MG ABACUS SOL PERF FL INJ 1		152,59	152,59	12,10	8,00
B-230 (*)	3585262	ACLASTA 5MG PI PHARMA SOL INF IV FL 1X100ML PIP	R	152,59	152,59	12,10	8,00
B-230 (*)	4272118	ACLASTA 5MG/100ML ORIFARM SOL INF FL 100ML	R	152,59	152,59	12,10	8,00
B-230 (*)	2213114	ACLASTA SOL PR INFUS 1 FL 100 ML X 5 MG	R	158,93	158,93	12,10	8,00
B-282	4803292	BEYFORTUS 100 mg 1 ser. prérempl. 1 mL sol. pour inj.		777,44	777,44	12,10	8,00
B-282	4802427	BEYFORTUS 50 mg 1 ser. prérempl. 0,5 mL sol. pour inj		777,44	777,44	12,10	8,00
B-305	4383931	BIMZELX 160 mg 1 stylo prérempl. 1 mL sol. pour inj		880,65	880,65	12,10	8,00
B-305	4383949	BIMZELX 160MG SOL INJ STYLOS PREREMPL. 2		1750,73	1750,73	12,10	8,00
B-305	4383923	BIMZELX 160MG SOL INJ SER PREREMPL. 2		1750,73	1750,73	12,10	8,00
B-383	4121091	JORVEZA 1MG COMP ORODISP. 90 X 1 MG		0,00	0,00	0,00	0,00
B-255	4819611	JYSELECA 200 mg (Orifarm) 30 comp		996,54	996,54	12,10	8,00
B-230	2726362	PROLIA 60 MG SOL INJ 1 SER PREREMPL.		182,57	182,57	12,10	8,00
B-255	4819603	YUFLYMA 40 mg/0,4 ml (Orifarm) 6 stylos prérempl. 0,4 mL solution pour injection, 100 mg/mL		1359,09	1359,09	12,10	8,00
B-248	4819603	YUFLYMA 40 mg/0,4 ml (Orifarm) 6 stylos prérempl. 0,4 mL solution pour injection, 100 mg/mL		1359,09	1359,09	12,10	8,00
B-281	4819603	YUFLYMA 40 mg/0,4 ml (Orifarm) 6 stylos prérempl. 0,4 mL solution pour injection, 100 mg/mL		1359,09	1359,09	12,10	8,00
B-339	4819603	YUFLYMA 40 mg/0,4 ml (Orifarm) 6 stylos prérempl. 0,4 mL solution pour injection, 100 mg/mL		1359,09	1359,09	12,10	8,00
B-230 (*)	4616173	ZOLEDRONATE EG 5MG/100ML SOL INF FL 1	G	158,93	158,93	12,10	8,00

(\*) Il s'agit d'inscriptions dans un nouveau §, voir annexes envoyés avec cette note

Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du 1er mai 2024 :

Crit	CNK	Dénomination
B-60	290247	BRUFEN RETARD COMP 28 X 800 MG
B-60	431452	BRUFEN RETARD COMP 60 X 800 MG
A-23	40147	ESTRACYT CAPS 100 X 140 MG
B-20	292185	LOMIR RETARD CAPS 30 X 5 MG
Cs-7	1344076	MIZOLLEN COMP 20 X 10 MG
A-20	1732577	STOCRIN COMP 30 X 600 MG
B-279	3094968	ACIDE ZOLEDRONIQUE KABI 4MG/5ML FL INJ 1 X 5ML

Source: service tarification APB 25/04/2024